

Programa de apoyo familiar (FSP, por sus siglas en inglés)

Paquete de solicitud de autorización para continuar inscrito en el programa

Agosto de 2019

Proceso de presentación de la solicitud para continuar inscrito en el Programa de apoyo familiar (FSP)

El Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias (HFS, por sus siglas en inglés), el organismo del estado responsable del FSP, ha designado a eQHealth Solutions, Inc. (eQHealth) para prestar apoyo administrativo y clínico al FSP, que incluye la revisión de las solicitudes para continuar inscrito en el FSP.

El paquete de solicitud de autorización para continuar inscrito en el FSP se considerará completa cuando toda la documentación incluida en la Lista de control de la solicitud de autorización para continuar inscrito en el FSP haya sido reunida y enviada a eQHealth para su revisión. Esto incluye una firma de la(del) joven o del tutor legal de la(del) joven, cuando proceda, en la Sección 6, Solicitud para determinación de continuación de la elegibilidad, que dé fe de que la(el) joven o el tutor legal revisó todo el paquete y consiente el envío del paquete al HFS a través de su representante, eQHealth, con el objetivo de determinar continuación de la elegibilidad para el Programa de apoyo familiar.

Las solicitudes para continuar inscrito en el FSP solo pueden enviarse a eQHealth durante los últimos 30 días del período de elegibilidad para el FSP de 180 días para una(un) joven participante en el FSP.

Las solicitudes completadas para el FSP pueden ser presentadas por la(el) joven, el tutor de la(del) joven (cuando proceda) o el coordinador del FSP de la (del) joven en la agencia de Servicios de Detección, Evaluación y Apoyo (SASS, por sus siglas en inglés) designada.

Los paquetes de solicitud para continuar inscrito en el FSP pueden enviarse a eQHealth de cualquiera de las maneras siguientes:

1. Enviando la solicitud por fax al (800) 418-4039 usando la línea de asunto "FSP Application for Review" (Solicitud para el FSP para revisión); o,
2. Enviando la solicitud por correo postal a la dirección siguiente:

eQHealth Solutions, Inc.
Attn: FSP Technical Coordinator
2050-10 South Finley Road
Lombard, IL 60148

Lista de control de la solicitud de autorización para continuar inscrito en el FSP

1. Formulario de solicitud de autorización para continuar inscrito en el FSP completado, que incluya cada una de las partes siguientes:
 - Sección 1, Información general (p. 4)
 - Sección 2, Información financiera de la familia (p. 5), incluido lo siguiente, si procede:
 - Copia de las declaraciones de impuestos del tutor legal correspondientes al último año calendario, si se presentaron.
 - Copia de las declaraciones de impuestos de la(del) joven correspondientes al último año calendario, si se presentaron.
 - Sección 3, Historial de tratamiento de salud conductual de la(del) joven, que abarque los últimos 6 meses de servicios de salud conductual recibidos por la(el) joven (p. 6)
 - Sección 4, Nota sobre la evolución (p. 7)
 - Sección 5, Reconocimiento de las responsabilidades de padres o tutores del FSP (p. 8)
 - Esta sección solo se requiere si la(el) joven tiene un tutor legal.
 - Sección 6, Solicitud para determinación de continuación de la elegibilidad (p. 9), que incluye:
 - Firma del padre, la madre/tutor legal de la(del) joven confirmando que revisó la aplicación para constatar que la información proporcionada fuera exacta y completa; y,
 - Firma del coordinador del FSP de la(del) joven si el coordinador del FSP está presentando la solicitud.
2. Para jóvenes de 18 a 21 años de edad: un formulario de Certificación de inscripción y asistencia a la escuela completado (p. 11)
3. Copia del Plan de evaluación y tratamiento individual actual de la(del) joven, actualizado dentro de los 45 días previos al envío del paquete de revisión para continuar inscrito en el programa.
4. Si se produjo algún cambio en la custodia o la tutela desde la última revisión de la elegibilidad para el FSP: orden judicial definiendo la custodia y/o la tutela de personas que no son los padres.

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CONTINUAR INSCRITO EN EL FSP

1. Información general

Nombre de la(del) joven		N.º de identificación del beneficiario <input type="checkbox"/> N/A		Fecha de nacimiento	
Género	Idioma principal	Número de teléfono <input type="checkbox"/> N/A	Ciudadana(o) estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de personas que viven en el hogar	
Domicilio de la(del) joven		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Raza <input type="checkbox"/> Indígena americana(o) o nativa(o) de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática(o) <input type="checkbox"/> Negra(o)/afroamericana(o)		<input type="checkbox"/> Nativa(o) de Hawái/Otra(o) isleña(o) del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispana(o) <input type="checkbox"/> Blanca(o)	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otra: _____	Etnia <input type="checkbox"/> Hispana(o) <input type="checkbox"/> No hispana(o)	
Servicios de intérprete	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> TDD/TTY <input type="checkbox"/> Lengua de señas americana <input type="checkbox"/> Lenguaje hablado: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		Situación de la tutela	<input type="checkbox"/> Es su propio tutor <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor legal	
Información de los padres/tutores	Nombre	Relación con la(el) joven: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor(a)		Número de teléfono	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Información de los padres/tutores	Nombre	Relación con la(el) menor de edad: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor(a)		Número de teléfono	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Situación de vivienda	<input type="checkbox"/> Persona sin hogar <input type="checkbox"/> Vida independiente <input type="checkbox"/> Vive con sus padres, parientes o tutores <input type="checkbox"/> Instalación gestionada por el estado (salud mental/discapacidad del desarrollo) <input type="checkbox"/> Cárcel o centro correccional		<input type="checkbox"/> Entorno residencial/institucional (centro de tratamiento residencial, asilo) <input type="checkbox"/> Cuidados de crianza <input type="checkbox"/> Otra: _____		
Nivel educativo (último que se completó)	<input type="checkbox"/> Nunca asistió a la escuela	<input type="checkbox"/> 2.º grado	<input type="checkbox"/> 5.º grado	<input type="checkbox"/> 8.º grado	<input type="checkbox"/> 11.º grado
	<input type="checkbox"/> Preescolar/Kindergarten <input type="checkbox"/> 1.º grado	<input type="checkbox"/> 3.º grado <input type="checkbox"/> 4.º grado	<input type="checkbox"/> 6.º grado <input type="checkbox"/> 7.º grado	<input type="checkbox"/> 9.º grado <input type="checkbox"/> 10.º grado	<input type="checkbox"/> Certificado de preparatoria <input type="checkbox"/> Certificado GED (Desarrollo Educativo General)
Información de la escuela (opcional)	Nombre de la escuela	Nombre del contacto principal	Rol del contacto principal		Número de teléfono
	Número principal de la escuela	Dirección de la escuela	Ciudad		Código postal
Información del proveedor de escuela	Nombre de la agencia	Nombre del coordinador del FSP		Teléfono del coordinador del FSP	
	Dirección de la agencia	Ciudad	Código postal	Condado	

2. Información financiera de la familia

Complete toda esta sección de la mejor manera posible. De ser necesario, adjunte páginas adicionales a este paquete de solicitud.

Cobertura de seguro de la(del) joven (indique todos los tipos de seguro, incluida la cobertura de Medicaid/All Kids cuando proceda)

Nombre de la(s) compañía(s) de seguros _____

Número(s) de póliza _____

Costos de prima: \$ _____ Semanal Quincenal Dos veces al mes Trimestral Anual

¿Se trata de un plan de salud para jubilados? ¿Se trata de un plan COBRA? ¿El plan cubre al menos el 60 % de los costos de la prestación?

Sí No No lo sé

Sí No No lo sé

Sí No No lo sé

Haga una lista de todas las propiedades que posee el padre/la madre/el tutor o la(el) joven, tales como una casa, casa de vacaciones, multipropiedad, edificio o terreno.

Nombre del propietario	Dirección	Tipo	Valor actual	Monto adeudado

¿El padre/la madre/el tutor o la(el) joven posee alguno de los recursos siguientes? Marque todos los que correspondan.

- | | | | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empresa | <input type="checkbox"/> Herencia | <input type="checkbox"/> Caja de ahorro | <input type="checkbox"/> Derechos mineros/petroleros | <input type="checkbox"/> Pagaré/préstamo |
| <input type="checkbox"/> Dominio vitalicio | <input type="checkbox"/> Plan de funeral/sepelio | <input type="checkbox"/> Cuenta corriente | <input type="checkbox"/> Cuenta de mercado monetario | <input type="checkbox"/> Compensación diferida |
| <input type="checkbox"/> Renta vitalicia | <input type="checkbox"/> Fondos comunes de inversión | <input type="checkbox"/> Certificados de depósito | <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios | <input type="checkbox"/> Bonos del gobierno |
| <input type="checkbox"/> Parcela(s) en un cementerio | <input type="checkbox"/> IRA/401K | <input type="checkbox"/> Acciones, bonos | <input type="checkbox"/> Cuenta para el hogar de ancianos | <input type="checkbox"/> Hipoteca inversa |

Otros recursos financieros: Indique _____

Nombre del propietario	Tipo de recurso	Valor actual	Nombre del banco, compañía, etc.

Ingreso familiar

Ingreso de la(del) joven en el último año calendario: _____ Ingreso bruto ajustado Neto **Ingreso previsto de la(del) joven para este año:** _____ Ingreso bruto ajustado Neto

- Se adjunta la última declaración de impuestos federales de la(del) joven
 No se presentó ninguna declaración de impuestos federales en nombre de la(del) joven

Ingreso de los padres/tutores en el último año calendario: _____ Ingreso bruto ajustado Neto **Ingreso previsto de los padres/tutores para este año:** _____ Ingreso bruto ajustado Neto

No corresponde – la(el) joven es su propio tutor No corresponde – la(el) joven es su propio tutor

Se adjunta la última declaración de impuestos federales de los padres/tutores No se presentó ninguna declaración de impuestos federales

Haga una lista de todas las prestaciones sociales recibidas actualmente en nombre de la(del) joven, sin incluir asistencia médica (All Kids) o Medicare.

Tipo	Fecha de vigencia	Monto de la prestación mensual	Beneficiario
Seguro Social			
Seguridad de Ingreso Suplementario			
Asistencia estatal en efectivo (es decir, el Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas o TANF, por sus siglas en inglés)			
Subsidio por adopción			
Otra: _____			
Otra: _____			

Resume cómo los padres/tutores reciben ingresos anualmente. No corresponde – la(el) joven es su propio tutor

Tipo	Monto actual	Destinatarios/beneficiarios	Descripción
Empleo			
Inversiones			
Prestaciones sociales			
Otra: _____			

3. Historial de tratamiento de salud conductual

En las secciones correspondientes a continuación, indique los servicios y apoyos de salud mental y abuso de sustancias que recibió la(el) joven durante los últimos 6 meses, incluidos aquellos servicios y apoyos recibidos por fuera del FSP. De ser necesario, adjunte páginas adicionales.

Hospitalización psiquiátrica

Nombre del hospital	Lugar (ciudad, estado)	Fechas en que estuvo hospitalizada(o)	Motivo de la hospitalización

Tratamiento residencial/en hogar grupal

Nombre de la instalación	Lugar (ciudad, estado)	Fecha de tratamiento	Motivo del ingreso (problema presentado)

Servicios/apoyos de salud mental de consulta externa

Nombre del servicio	Nombre del proveedor	Frecuencia del servicio	Fecha de inicio del servicio	Fecha de finalización del servicio
				<input type="checkbox"/> El servicio continúa
				<input type="checkbox"/> El servicio continúa
				<input type="checkbox"/> El servicio continúa
				<input type="checkbox"/> El servicio continúa
				<input type="checkbox"/> El servicio continúa

Servicios/apoyos para el consumo de sustancias de consulta externa

Nombre del servicio	Nombre del proveedor	Frecuencia del servicio	Fecha de inicio del servicio	Fecha de finalización del servicio
				<input type="checkbox"/> El servicio continúa
				<input type="checkbox"/> El servicio continúa

Medicamento(s): Haga una lista de todos los medicamentos de la(del) joven, así como de cualquier otro medicamento tomado en los últimos 6 meses. Incluya todos los medicamentos recetados y de venta libre.

Nombre del medicamento	Médico que recetó el medicamento	Dosis	Fecha de inicio	Fecha de fin	Efectos secundarios

4. Nota sobre la evolución

Tenga en cuenta que esta página debe ser completada por la agencia SAS asignada para la (el) joven o del proveedor residencial dentro de la red del FSP donde la(el) joven está recibiendo servicios de tratamiento en este momento. El médico encargado de la revisión debe proporcionar un número de teléfono de contacto y estar disponible para las consultas telefónicas según lo solicitado por eQHealth como parte del proceso de revisión para continuar inscrito en el FPS.

Tipo de proveedor: SASS Proveedor residencial del FSP

Miembro del personal que completa el formulario:

Nombre de la agencia:

Nombre de la(del) joven participante en el FSP:

Número de identificación del beneficiario (RIN):

Resumen de la evolución. Identifique la evolución que ha tenido la(del) joven en el FSP desde la última revisión de la elegibilidad para el FSP de la(del) joven.

Áreas de preocupación persistentes. Identifique las conductas preocupantes persistentes que siguen siendo el objetivo principal del tratamiento de la(del) joven en el FSP.

Firmas.

Médico encargado de la revisión
(nombre en letra de imprenta)

Número de teléfono

Firma

Fecha

5. Reconocimiento de las responsabilidades de padres o tutores del fsp (si procede)

La participación en el Programa de Apoyo Familiar exige que, cuando proceda, el padre, la madre o el tutor de la(del) joven continúe aceptando cumplir con las responsabilidades de los padres o tutores del FSP, que se describen a continuación. Para completar esta sección:

1. repase detenidamente cada responsabilidad de los padres o tutores;
2. coloque sus iniciales junto a cada requisito para indicar que ha leído y acepta cumplir las normas de participación para padres o tutores, en caso de que se determine que la(el) joven califica para seguir participando en el FSP; y
3. firme y feche este Reconocimiento en el espacio correspondiente provisto a continuación.

Nota: si la(el) joven es su propio tutor, esta sección no precisa ser completada y enviada como parte del paquete de Solicitud para continuar inscrito en el FSP.

Responsabilidades de padres o tutores del FSP

Si se determina que la(el) joven que solicita los servicios califica para continuar participando en el FSP, acepto:

- _____ Iniciales
1. Participar activamente en el tratamiento de la(del) joven.
 2. Ser la(el) principal responsable ante cualquier obligación financiera relacionada con la participación en el programa. Esto puede incluir ser responsable de los servicios que no están cubiertos por el FSP (por ejemplo, transporte, cualquier equipo necesario).
 3. Brindar asistencia para identificar y coordinar el financiamiento de los servicios de todas las fuentes disponibles, incluida la cobertura de seguro.
 4. Brindar asistencia para completar todas las solicitudes para programas de ayuda pública, lo que incluye Asistencia médica del HFS, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), prestaciones del Seguro Social (SSA), y otros programas según corresponda.
 5. Completar y enviar todos los formularios y documentos requeridos por el HFS.
 6. Trabajar con mi coordinador del FSP para notificar al HFS acerca de cualquier cambio en lo siguiente:
 - los ingresos o activos financieros del padre, la madre, el tutor o la(el) joven);
 - el nivel de ayuda financiera de fuentes públicas del padre, la madre, el tutor o la(el) joven);
 - la cobertura de atención médica de la(el) joven;
 - el domicilio del padre, la madre o el tutor; y
 - la tutela o custodia legal de la(el) joven.
 7. En caso de que la(del) joven reciba tratamiento en un entorno de tratamiento residencial:
 - notificar al HFS sobre todos los activos y las fuentes de ayuda financiera pública de la(el) joven;
 - poner a disposición todas las fuentes de ayuda financiera pública para la(el) joven, que incluyen, entre otras, la SSA y el SSI, para aplicarlas a los costos del tratamiento residencial, en la medida dispuesta por la ley;
 - coordinar todas las funciones, los procesos y el financiamiento educativos con el distrito escolar local de la(del) joven para garantizar el cumplimiento de los requisitos de asistencia obligatoria a la escuela a la cual asistirá de la(el) joven mientras dure el tratamiento residencial;
 - participar y cooperar con los requisitos del centro de tratamiento residencial en cuanto al cuidado de la(del) joven, que incluyen el tratamiento y el alta médica a la familia y la comunidad;
 - cubrir los costos habituales y acostumbrados de la paternidad o la tutela, que incluyen: ropa, gastos médicos, gastos dentales, mesada, imprevistos y costos del transporte hacia y desde el centro de tratamiento residencial; y,
 - aceptar que la(el) joven regrese al hogar o hacerse responsables exclusivos de encontrar un lugar de residencia para la(el) joven después del alta médica del tratamiento residencial.

Firma

Padre/madre/tutor legal
(nombre en letra de imprenta)

Firma

Fecha

6. Solicitud para determinación de continuación de la elegibilidad

Certificación del padre/la madre/el tutor legal – Al firmar a continuación, confirmo que:

- Leí toda la información en este paquete y, según mi leal saber y entender, toda la información incluida en este paquete es correcta.
- Entiendo que las solicitudes incompletas para continuar inscrito en el FSP no serán revisadas para la continuación de la elegibilidad para el FSP.
- Tuve la oportunidad de hacerle preguntas a mi coordinador del FSP acerca del proceso de solicitud para continuar inscrito.
Envío este paquete y toda la documentación de respaldo requerida al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias a través de su representante, eQHealth Solutions, Inc., de modo que
- pueda tomar una determinación sobre la continuación de la elegibilidad para el FSP. Entiendo que puedo retirar esta solicitud en cualquier momento comunicándome con eQHealth.
- Entiendo que, si se determina que la(el) joven califica para seguir participando en el FSP, la información confidencial sobre la(el) joven se compartirá con el proveedor de SASS asignado para trabajar con mi familia con el objetivo de prestar o acordar servicios del FSP. El tipo de información que se revelará incluye el nombre de la (del) joven, información demográfica, mi información de contacto, la información financiera de mi familia y la historia clínica de la(del) joven que se envió como parte de este paquete.
- Entiendo que, si se determina que la(el) joven califica para seguir participando en el FSP, ella(él) recibirá 180 días de continuación de la elegibilidad para el programa. Entiendo que seré responsable de completar un Paquete de solicitud para continuar inscrito en el FSP dentro de los últimos 30 días del próximo período de elegibilidad de la(del) joven si deseo que la(el) joven sea autorizada(o) para otros 180 días de elegibilidad para el FSP.

Padre/madre/tutor legal
(nombre en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Certificación del coordinador del FSP – Al firmar a continuación, confirmo que:

- Soy el coordinador del FSP que ha prestado asistencia a la(el) joven o al tutor legal de la(del) joven, según fuera necesario, al momento de completar este paquete de solicitud de continuación de la elegibilidad para el FSP.
- Repasé los criterios para la continuación de la elegibilidad para el FSP en la página 2 con la(el) joven o el tutor legal de la(del) joven, según proceda.
- Le di a la(el) joven o el tutor legal de la(del) joven la oportunidad de hacerme preguntas acerca del proceso de solicitud para continuar inscrito en el FSP.
- Le informé a la(el) joven o el tutor legal de la(del) joven, según proceda, que tiene derecho a revisar y copiar la información incluida en esta solicitud.
- Le informé a la(el) joven o el tutor legal de la(del) joven, según proceda, sobre el proceso para retirar esta solicitud.

Coordinador del FSP
(nombre en letra de imprenta)

Firma

Fecha

ÍTEM N.º 2

Certificación de inscripción y asistencia a la escuela

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Certificación del Formulario de inscripción y asistencia a la escuela

201 South Grand Avenue East
Springfield, Illinois 62763-0002

Teléfono: (217) 782-1200
TTY: (800) 526-5812

Programa de apoyo familiar (FSP, por sus siglas en inglés) Certificación del Formulario de inscripción y asistencia a la escuela

Este formulario debe ser completado por un administrador de la escuela o el programa educativo al que la(el) joven del FSP asiste actualmente. Este formulario es obligatorio para jóvenes de 18 años o más como parte del proceso de revisión para continuar inscrito en el FPS. Las preguntas acerca de este formulario pueden dirigirse a la Oficina de Salud Conductual del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias llamando al 217-557-1000 o enviando un correo electrónico a HFS.BBH@illinois.gov.

Información de la(el) joven

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Información de la escuela:

Nombre: _____ **Número de distrito:** _____ N/A

N.º de teléfono principal: _____ **Dirección:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Tipo de escuela: Pública Privada Educación en el hogar Alternativa Parroquial
 Autónoma Otro (describa): _____

Certificación de inscripción y asistencia a la escuela

Al firmar a continuación, confirmo que lo que sigue es verdadero según mi leal saber y entender:

- Actualmente soy administrador en la escuela antes mencionada.
- La(el) joven antes mencionada(o) está inscrita(o) actualmente como estudiante en la escuela identificada.
- La(el) joven antes mencionada(o) no se ha graduado de la preparatoria, no ha obtenido una certificación equivalente a la graduación de la preparatoria y en este momento no califica para graduarse de la preparatoria.
- La(el) joven antes mencionada(o) no faltó a la escuela sin una causa válida, tal como se la define en la Sección 26-2a del Código Escolar de Illinois, durante el 5 % o más de los últimos 180 días de escuela o desde que la(el) joven se inscribió en la escuela, lo que haya sucedido primero.

Firma

Administrador de la escuela
(nombre en letra de imprenta)

Cargo

Firma

Fecha

ÍTEM N.º 3

Evaluación y plan de tratamiento de salud mental individual actual

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Evaluación
y plan de tratamiento individual

ÍTEM N.º 4

Orden judicial definiendo la custodia y/o la tutela de personas que no son los padres (si procede)

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Orden judicial